

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021 年 7 月 15 日使用)

学生信息

初稿
 已审批
 已修改

姓名: _____ 机构: _____ IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

学生与学校信息

名: _____ 中间名: _____ 姓: _____
地址: _____
城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
年级: _____
学生的州级唯一身份编号: _____
学生的地区身份编号: _____
出生日期: [][] . [][] . [][][][] (月.日.年)
年龄: _____ 性别: 男 女

种族类别

种族划分: 西班牙裔或拉丁裔 是 否
 美国印第安人或阿拉斯加原住民 夏威夷原住民或其他太平洋岛民
 亚裔 黑色人种或非裔美国人
 白人

被确定为英语学习者的学生: 是 否
学生的母语: _____
居住县市: _____
住所所属校区: _____
就读县市: _____
就读学校: _____
学生是否需要紧急疏散的特定的住宿? 是 否
若需要, 请在这里说明疏散的住宿: _____
财政经费由哪个辖区负责? _____
学生目前是否由州级机构照顾或监护? 是 否
如果是, 请注明州机构名称: _____
学生是否需要家长代理人? 是 否
家长代理人姓名: _____ 代理人电话: _____

家长/监护人 1
名: _____ 中间名: _____ 姓: _____
家庭电话: (____) _____ - _____ 手机号码: (____) _____ - _____
电子邮件地址: _____
家长的母语 (如果不是英语): _____
是否需要翻译人员? 是 否

家长/监护人 2
名: _____ 中间名: _____ 姓: _____
家庭电话: (____) _____ - _____ 手机号码: (____) _____ - _____
电子邮件地址: _____
家长的母语 (如果不是英语): _____
是否需要翻译人员? 是 否

专案经理: _____
IEP 团队会议日期: _____
IEP 年度评估日期: _____
 家长已收到法律程序保护家长权利文档的副本。
 家长已收到在 IEP 团队流程中家长的权利和责任的口头和书面解释。[2014 HB 413; 教育文章 58-405 (b) (2)]
 家长已收到关于获得康复服务的口头和书面信息, 包括一份马里兰州保险管理局的《康复服务家长指南》
[2014 SB 701; 教育文章 58-418]

母语翻译: 已通知家长 是 否 不适用 已请求家长 是 否
计划年度审核日期: _____
最近一次评定日期: _____
计划评定日期: _____
主要残障: _____
受残障影响的方面: _____

退出信息

退出日期: [][] . [][] . [][][][] (月.日.年)
退出情况分类: A - 接受回常规教育 (该学生是否在家接受教育? 是 否) B - 已毕业并获得马里兰高中毕业证
 C - 已获得马里兰高中结业证 D - 已满 21 周岁 E - 死亡 F - 搬迁, 确定会继续
 H - 退学 I - 特殊情况 J - 家长不再同意接受服务

IEP 团队参与人员

IEP 专案经理: _____ 负责人/受委托人: _____ 学校心理辅导师: _____ 机构代表: _____
IEP 主席: _____ 常规教员: _____ 社工: _____ 其他参与者: _____
家长/监护人: _____ 特殊教员: _____ 语音/语言病理学家: _____ 其他参与者: _____
家长/监护人: _____ 指导顾问: _____ 学生: _____ 其他参与者: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021 年 7 月 15 日使用)

I. 会面并确定信息

第 2 页

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

初次资格评定数据 (仅在对学生进行初次评定以确定资格时需要)

请注明学生受疑似残障影响的方面: _____

促成决定的讨论: _____

学生学习进步有限的决定性因素是:

- a) 缺少阅读方面的适当指导, 包括阅读基本要素的指导? 是 否
- b) 缺乏数学指导? 是 否
- c) 英语水平有限? 是 否

(如果您对以上任一问题回答“是”, 则该学生必须符合某种确定残障情况的资格标准。)

学生是否需要接受特殊指导才能跟上学校的功课? 是 否

初次资格认定 (3 岁以下)

家长同意初次评定的日期:

 (月.日.年)

初次评定的日期:

 (月.日.年)

儿童有资格通过 IEP 接受学前儿童特殊教育和相关服务。 是 否

请注明主要残障

- 自闭症
- 发育迟缓
- 智障
- 特定学习障碍
- 语音或语言能力损失
- 视力损失
- 耳聋
- 情绪障碍
- 外伤
- 诵读障碍 书写障碍
- 脑外伤
- 多种残障
- 耳聋 - 失明
- 听力损失
- 其它健康问题
- 计算障碍 其他 _____
- 认知问题 (请注明) _____
- 感官问题 (请注明) _____
- 肢体障碍 (请注明) _____

记录决定依据: _____

初次评定推迟的原因:

- 由于家长撤销同意、搬离所在区域或儿童因患有慢性疾病而不能接受评定, 导致无法确定资格。
- 初次评定
 - 家长常常无法或拒绝让儿童接受服务
 - 学校的不同意见造成评定或初次服务推迟
 - 家长请求推迟 - 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限
- 学校/设施关闭
- 天气恶劣
- 其它: _____

工作人员安排问题 书面文件问题

测试结果无法判定

其它, 请注明: _____

父母同意在 3 岁时继续通过 IFSP

接受早期干预服务的日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划的制订日期:

 (月.日.年)

父母同意开始服务的日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划的生效日期:

 (月.日.年)

此学生是否通过 IEP 准备从婴幼儿 (C 部分) 过渡到学前儿童 (B 部分) 并将接受服务? 是 否

IEP 计划在 3 岁时生效推迟的原因

- 由于家长撤销同意、搬离所在区域或儿童因患有慢性疾病而不能接受评定, 导致无法确定资格。
- 初次 IEP 计划在 3 岁时生效
 - 家长常常无法或拒绝让儿童接受服务
 - 学校的不同意见造成评定或初次服务推迟
 - 家长请求推迟 - 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限
- 学校/设施关闭
- 天气恶劣
- 其它: _____

工作人员安排问题 书面文件问题

测试结果无法判定

其它, 请注明: _____

如果家长不响应或不同意参与特殊教育和相关服务的前期工作, 公共机构将不向学生提供特殊教育和相关服务, 这并不违反 34 CFR § 300 中对提供免费适当公共教育的规定。

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021 年 7 月 15 日使用)

I. 会面并确定信息

第 3 页

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

初次资格认定 (学龄 3 - 21 岁)

家长同意初次评定的日期:

 (月.日.年)

初次评定的日期:

 (月.日.年)

儿童符合残障学生的标准, 有资格接受特殊教育和相关服务。 是 否

请注明主要残障

- | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|---|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 自闭症 | <input type="radio"/> 发育迟缓 | <input type="radio"/> 智障 | <input type="radio"/> 特定学习障碍 | <input type="radio"/> 语音或语言能力损失 | <input type="radio"/> 视力损失 |
| <input type="radio"/> 耳聋 | <input type="radio"/> 情绪障碍 | <input type="radio"/> 外伤 | <input type="radio"/> 诵读障碍 <input type="radio"/> 书写障碍 | <input type="radio"/> 脑外伤 | <input type="radio"/> 多种残障 |
| <input type="radio"/> 耳聋 - 失明 | <input type="radio"/> 听力损失 | <input type="radio"/> 其它健康问题 | <input type="radio"/> 计算障碍 <input type="radio"/> 其他 _____ | | <input type="radio"/> 认知问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 感官问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 肢体障碍 (请注明) _____ |

记录决定依据: _____

初次评定推迟的原因

由于离开学校 (即转学、退学或家长撤销同意), 导致无法确定资格。

初次评定

如果评定推迟, 请注明推迟原因:

家长常常无法或拒绝让儿童接受服务

学生在 60 天时限后、当地学校系统 (LSS) 审定前登记入学。接受 LSS 对完成评定有充分促进作用, 父母和 LSS 同意在特定的时间完成评定 (所有条件都必须满足)。

家长请求推迟 — 家长和 IEP 团队通过签署双方协议延长了时限

学校 / 设施关闭

天气恶劣

其它:

书面文件问题

儿童未能接受服务 (非家长方面原因) / 儿童本人拒绝

测试结果无法判定

工作人员安排问题

其它, 请注明: _____

父母同意在 3 岁时继续通过 IFSP

接受早期干预服务的日期:

 (月.日.年)

学校系统获悉家长决定通过 IEP

请求服务的日期:

 (月.日.年)

延期 IFSP 服务的结束日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划制订日期:

 (月.日.年)

父母同意开始服务的日期:

 (月.日.年)

初次 IEP 计划的生效日期:

 (月.日.年)

此学生是否通过 IEP 准备从婴幼儿 (C 部分) 过渡到学前儿童 (B 部分) 并将接受服务? 是 否

后续资格评定数据 (重新评定时需要, 每三年至少进行一次)

注明重新评定所针对的方面: _____ 促成决定的讨论: _____

评定日期:

 (月.日.年) (IEP 团队最近一次完成对所有评估材料进行彻底、全面审查的日期。)

学生是否依然有某方面的残障并有此类教育需求, 需要继续接受特殊教育和相关服务? 是 否

是否有对特殊教育和相关服务进行增补或更改, 以便让学生达到在其 IEP 计划中设定的量化年度目标并在适当的时候参与常规教育课程? 是 否

是否符合残障学生的标准? 是 否

记录决定依据: _____

请注明主要残障

- | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|---|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 自闭症 | <input type="radio"/> 发育迟缓 | <input type="radio"/> 智障 | <input type="radio"/> 特定学习障碍 | <input type="radio"/> 语音或语言能力损失 | <input type="radio"/> 视力损失 |
| <input type="radio"/> 耳聋 | <input type="radio"/> 情绪障碍 | <input type="radio"/> 外伤 | <input type="radio"/> 诵读障碍 <input type="radio"/> 书写障碍 | <input type="radio"/> 脑外伤 | <input type="radio"/> 多种残障 |
| <input type="radio"/> 耳聋 - 失明 | <input type="radio"/> 听力损失 | <input type="radio"/> 其它健康问题 | <input type="radio"/> 计算障碍 <input type="radio"/> 其他 _____ | | <input type="radio"/> 认知问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 感官问题 (请注明) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> 肢体障碍 (请注明) _____ |

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

学生参与区/州评估与毕业信息

向父母解释毕业要求 是 否

州毕业要求可在www.marylandpublicschools.org 上找到。

记录任何附加的当地毕业要求: _____

参与马里兰州综合评估项目(MCAP)的计划将在当前个人教育计划 (IEP) 期间内实施

学生将参加马里兰州综合评估项目(MCAP)3至8年级的评估.....

- 英语语言艺术/文学 是 否 数学 是 否 社会学科(仅限8年级) 是 否

学生将参加马里兰州高中综合评估项目(MCAP)评估

- 英语语言艺术/文学 是 否 代数 I 是 否 几何 是 否 代数 II 是 否

学生将参加符合所评估年级的下一代科学标准(NGSS)的马里兰州综合科学评估(MISA) - (5、8 年级) 是 否

学生将参加符合所评估年级的下一代科学标准(NGSS)的马里兰州高中综合科学评估(MISA) 是 否

学生将参加所评估课程的马里兰州高中评估 (HSA) - 政府 是 否

IEP 是否已确定该学生应根据替代学业成绩标准参与替代评估?

(完成IEP团队指南中要求的附录A: 每年使用替代标准文档和保存在学生的电子IEP文件夹中的文件, 进行替代评估和指导的参与决策。)

是 否

家长是否同意使用替代标准指导学生?

• 英语语言艺术学科(3-8年级、11年级) • 数学(3-8年级、11年级) • 科学 (仅限于5、8 和11 年级)

是-书面同意书的日期 否-书面拒绝书的日期

IEP 团队会议日期的 15 天内未收到回应

使用替代标准的参与教学的计划

IEP团队是否已经确定将使用替代标准指导学生 (如果继续使用, 将导致无法获得马里兰州高中文凭的学分)?

(完成IEP团队指南中要求的附录A: 每年使用替代标准文档和保存在学生的电子IEP文件夹中的文件, 进行替代评估和指导的参与决策。)

是 否

家长是否同意使用替代标准指导学生?

是-书面同意书的日期 否-书面拒绝书的日期

IEP 团队会议日期的 15 天内未收到回应

评估决定的文件基础: _____

学生追求的是: 是-书面同意书的日期 是-书面同意书的日期

请注意: *个别学生可能被要求参加全国或国际评估。 仅允许全国/国际评估中可行的膳宿安排。

为可能有资格获得HSA豁免的高中毕业生完成

IEP团队讨论了学生的豁免决策过程标准, 并支持向当地学区主管提出HSA豁免建议。

是 (若是, 确定建议的日期) _____ 否

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

I. 会面并确定信息

第 5 页

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

英语水平概要

该学生是否是英语学习者? 是 否

学生在英语水平评估中的表现如何?

评估日期 (月.日.年)

总体综合水平 _____

入门 基础 初级 进阶 中级 高级

或

学生在替代英语水平评估中的表现如何?

评估日期 (月.日.年) 总体综合水平 _____

起步 摸索 参与 入门 基础

全马里兰州综合评估项目(MCAP)成绩摘要

(KRA) 的表现如何 (如适用) ?

总体表现	领域级表现	分数	范围
<input type="radio"/> 基础 <input type="radio"/> 接近 <input type="radio"/> 展现 <input type="radio"/> 其他 (一项或多项评估项目因障碍而无法获得结果, 导致“不可评分”评级) <input type="radio"/> 未完成评估 (部分或全部项目未完成)	语言和读写		202-298
	数学		202-298
	社交基础		202-298
	身体健康和运动发育		202-293
总体分数	_____ (范围: 202-298)		

该学生在3-8年级MCAP的评估中的表现如何

?

动态线性模型	当前的分级评分		去年的分级评分		最近的掌握程度				
	年级	分级评分	年级	分级评分	一级	二级	三级	四级	五级
英语语言艺术/文学					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
数学					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
代数1 (如适)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社会学 (8年级)									
ALT-MISA (动态线性模型)	年级	分级评分	年级	分级评分		2级	3级	4级	5级
科学 (仅5年级和8年级)						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

该学生在高中MCAP的评估中的表现如何

?

MCAP	最近的分级评分	之前的分级评分	最近的掌握程度					是否符合标准	是否参加了“桥计划”?	替代评估
			一级	二级	三级	四级	五级			
英语语言艺术/扫盲 (10年级)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
代数 I			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
几何			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
代数 II			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

截至____, 该学生在HSAs的表现如何 (如适用) ?

高中评估 (HSA)	及格分数	学生的第一次分数	学生的第二次分数	学生的最高分数	是否符合标准	是否参加了“桥计划”?	替代评估
代数/数据分析 <input type="checkbox"/> 改版	412				<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
生物 <input type="checkbox"/> 改版	400				<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
英语 <input type="checkbox"/> 改版	396				<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
政治 <input type="checkbox"/> 改版	394				<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
总分 (包括政治)	1602				<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
高中 MISA	1208				<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
高中 MISA					<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

作为替代评估, 学生的替代考试成绩如何 (如果有)

?

MSAA	分级评分	最新的能力水平			
		一级	二级	三级	四级
英语语言艺术		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
数学		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALT-MISA	分级评分	初级	掌握	精通	高级
科学 (仅5、8和11年级)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

早期学习技能:

- 社交基础
- 语言与扫盲
- 数学
- 科学
- 社会研究
- 身体健康和运动发育
- 艺术

记录孩子在 (适当的) 领域的教育和能力表现水平

来源: _____

评估结果摘要 (包括评估日期): _____

教育和功能性表现水平: (考虑多个数据来源, 包括: 个性化评估结果、课堂评估、地区评估、课堂观察、家长信息、学生信息和相关领域的普通教育教师信息。) _____

这方面是否影响孩子的学术表现/功能行为? 是 否

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

学业 _____ 如有, 请将学生在各学科中的学业成绩和能力表现水平记录下来。

来源: _____

目前教学年级表现: _____

(考虑多个数据来源, 包括: 个性化评估结果、课堂评估、地区评估、课堂观察、家长信息、学生信息和相关领域的普通教育教师信息。)

教学年级表现趋势数据 (记录学生过去两年的增长率)

学年	教学年级表现

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

健康 _____

来源: _____

成绩水平: _____

(如有, 请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。)

评估发现概要 (注明执行日期): _____

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

身体 _____

来源: _____

成绩水平: _____

(如有, 请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。)

评估发现概要 (注明执行日期): _____

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

行为 _____

来源: _____

成绩水平: _____

(如有, 请将个人、州、当地学校系统和班级的考试考虑在内。)

评估发现概要 (注明执行日期): _____

此方面是否影响学生的学业成绩和/或能力表现? 是 否

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

学龄前 — 教育和能力表现的当前水平

孩子在哪儿的花时间?

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 托儿中心 | <input type="checkbox"/> 家庭支持中心 | <input type="checkbox"/> 家长的工作单位 | <input type="checkbox"/> 公立学前班 |
| <input type="checkbox"/> 孩子的家 | <input type="checkbox"/> 亲属家 | <input type="checkbox"/> 公园和娱乐项目或活动 | <input type="checkbox"/> 宗教环境 |
| <input type="checkbox"/> 早教班/早教 | <input type="checkbox"/> 朱迪中心 | <input type="checkbox"/> 学前幼儿园 | <input type="checkbox"/> 救助所 |
| <input type="checkbox"/> 家庭托儿所 | <input type="checkbox"/> 图书馆 | <input type="checkbox"/> 私立学前班/托儿所 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

家长对他们的学龄前孩子的教育和能力表现方面的关切和优先事项是什么? _____

孩子的残障如何影响他/她的接触和参与年龄适当的活动? _____

考虑孩子的强项和在三个功能方面的需要: **强项和需求概要**

孩子如何...	孩子的强项	孩子的需求	孩子的发展相对于他/她的同龄孩童如何?
<p>使孩子在家里, 在社区, 以及在像托儿所或学前教育的方变得活跃和成功的参与, 他们需要开发三个功能方面的技能: (1) 培养积极的社会-情感技能及关系; (2) 获得并使用知识及技能; 和 (3) 采取适当的行为以满足需求。使用多个信息资源来了解孩子的个人的进步, 相对于他/她自己以及同年龄的伙伴。这些资源包括家庭的关切和优先事项, 以及孩子在各种环境下的教育和能力表现。</p>	<p>孩子喜欢做哪些事情? 孩子表现出或正在开始表现哪些技能?</p>	<p>孩子不会做或者有困难做哪些事情或活动? 在哪些活动或技能方面孩子需要相当大的支持和/或练习?</p>	<p>相对于同龄孩童: <input type="checkbox"/> 有我们预期的他/她年龄在这方面应有的技能。 <input type="checkbox"/> 有我们预期的他/她年龄在这方面应有的技能。然而, 在这方面有担忧。 <input type="checkbox"/> 显示许多与此年龄预期的技能, 但继续表现出可能描述像稍年轻的孩子在这方面的一些能力。 <input type="checkbox"/> 显示偶尔使用一些此年龄预期的技能, 但更多他/她的技能在这一方面未达到年龄预期。 <input type="checkbox"/> 尚未使用他/她的年龄预期的技能。然而, 他/她使用了许多重要和直接的基本技能, 以加强这个方面。 <input type="checkbox"/> 正显示一些新出现的或直接的基础技能, 这将帮助他/她发展在这方面的年龄适当的技能。 <input type="checkbox"/> 能力可能被描述为如同更年轻的孩子。他/她显示出早期的技能, 但在这方面还没有直接的基础或年龄预期的技能。</p> <p>儿童结果总结 (COS): <input type="checkbox"/> 进入 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 退出 <input type="checkbox"/> 不适用 COS 完成日期: _____ 来源: _____ <input type="checkbox"/> 收集无家长提供意见</p>
<p>培养积极的社会-情感技能及关系</p> <ul style="list-style-type: none"> 与家庭成员的关系 与其他成年人的关系/互动 与兄弟姐妹/其他孩子的关系/互动 沟通/条件情绪和情感 与其他人交往和游戏 适应常规和环境的变化 理解和遵守社交规则 			<p>请从以上列表中选择评价: 相对于同龄的孩童 - _____</p> <p>仅在更新原有的强项和需要概要时回答: 在上次强项和需求总结后, 孩子是否展示任何与积极社会-情感发展及关系相关的新技能或行为? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p>
<p>获取和使用知识和技能</p> <ul style="list-style-type: none"> 沟通 (例如, 通过手语、口语词汇、辅助设备, 图像符号) 在日常环境下使用文字/技能, 包括游戏 与书籍、画册、印刷品互动 新情形下解决问题 理解学术前概念 理解并回应指示 			<p>请从以上列表中选择评价: 相对于同龄的孩童 - _____</p> <p>仅在更新原有的强项和需要概要时回答: 自上次强项与需求概要以来, 孩子是否显示出积极的社交情感发展有关的任何新技能或行为? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p>
<p>采取适当的行为以满足需求</p> <ul style="list-style-type: none"> 沟通的需求和需要 利于他自己的健康与安全 满足自理需要 (进食、穿衣、如厕) 对延迟满足需要/需求有反应 必要时寻求帮助 左右移动拿到东西 			<p>请从以上列表中选择评价: 相对于同龄的孩童 - _____</p> <p>仅在更新原有的强项和需要概要时回答: 在上次强项和需求总结后, 孩子是否展示任何与采取适当行为以满足需求相关的新技能或行为? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否</p>

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

学龄 - 学业成绩和能力表现的当前水平

家长对学生的教育计划有何建议?

学生的强项、兴趣、主要性格特点和个人才艺分别是什么? (如有, 请包括喜好和课余表现。)

学生的残障是否影响他/她融入常规教育?

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

沟通 (必填)

学生是否有特殊沟通需求? 是 否

(如果回答“是”, 请注明是何种特殊需求。) _____

辅助性技术 (即 AT) (必填)

考虑使用能够提高、维持或改善残障学生身体功能所需的 AT 设备和服务

决定:	需要AT设备	需要AT服务
<input type="radio"/> 学生不需要AT设备或AT服务。	否	否
<input type="radio"/> 学生不需要AT设备, 但需要AT服务。	否	决定: 需要通过试验进行额外的数据收集
<input type="radio"/> 学生需要AT设备, 并需要AT服务。	决定:	决定: 服务可以解决所需设备的问题, 或者需要通过试验进行额外的数据收集
<input type="radio"/> 学生需要AT设备, 但不需要AT服务。	决定:	否

记录AT设备的决策依据, 包括设备描述: _____

记录AT服务的决策依据, 包括试验的实施: _____

针对失明或视觉受损学生提供的服务

学生失明或视觉受损吗? 是 否

如果学生失明或视觉受损, 则应提供盲文和使用盲文的指导, 除非 IEP 团队在评定学生的阅读和写作媒介之后, 认为盲文教学不适合该学生。

盲文评估日期: .. (月.日.年) 是否考虑盲文教学? 是 否

如果学生失明或视觉受损, 则应提供定向和移动性 (O&M) 的教学, 除非 IEP 团队在评定学生目前和将来的旅行需要之后, 认为定向和移动性 (O&M) 的教学不适合该学生。

O&M 评估日期: .. (月.日.年) O&M 教学是否适当? 是 否

记录决定依据: _____

家长是否已获得马里兰州聋哑学校的资料? 是 否

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

针对耳聋或听觉受损学生提供的服务

学生是否耳聋或听觉受损? 是 否

如果学生患有耳聋或听觉受损, 则应考虑该学生的语言和沟通需求、直接交流的机会、学业水平和全面需求, 包括针对此类学生的语言和沟通方式的直接教学机会。

记录决定依据: _____

家长是否已获得马里兰州聋哑学校的资料? 是 否

行为干预

如果学生行为妨碍自己或他人学习, 可考虑采取积极的行为干预和支持以及其它策略来解决该行为问题。

官能行为评估 (FBA) 评估日期: ____ . ____ . ____

学生是否需要行为干预计划 (BIP)? 是 否

行为干预计划 实施日期: ____ . ____ . ____

IEP 团队是否已确定可能需要克制和/或隔离以作为行政干预计划的一部分? 是 否

家长是否同意在行为干预计划中使用约束行为?

是 - 书面同意日期: ____ . ____ . ____ 否 - 书面拒绝日期: ____ . ____ . ____

在 IEP 团队会议日期的 15 个工作日内未收到任何回复

家长是否同意在行为干预计划中使用隔离措施?

是 - 书面同意日期: ____ . ____ . ____ 否 - 书面拒绝日期: ____ . ____ . ____

在 IEP 团队会议日期的 15 个工作日内未收到任何回复

记录决定依据: _____

为是英文学习者的学生提供的服务

如果某名学生是英语学习者, 请将该学生的语言需求视为与该学生的IEP相关的需求。

记录决定依据: _____

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估获得特性

针对所有学生的功能 (通过在线平台或外部提供以适用于所有的学生)	教	MCAP	HSA 政府	HSA MISA	MISA (5、8 年级)	Alt-MISA (DLM)	ELA 和数学动态线性模型	针对 ELLs 的 ACCESS	针对 ELLs 的幼儿园 ACCESS	针对 ELLs 的 Alt-ACCESS	NAEP
1b: 音频放大	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1c: 书签 (标记要查看的项目)	是	是	是	是	是						
1e: 空白便条纸	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1f: 消除答案选项	是	是	是	是	是						是
1g: 已阐明的一般行政说明	是	是	是	是	是	是	是				是
1h: 朗读一般行政说明并根据需要重复	是	是	是	是	是	是	是				是
1i: 突出标记工具	是	是	是	是	是	是		是	是	是	是
1j: 耳机或噪声缓冲器	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1k: 阅读器遮蔽工具	是	是	是	是	是		是	是	是	是	是
1l: 放大设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1m: 记事本	是	是	是	是	是			是			
1n: 弹出词汇表	是	是	是	是	是						
1o: 反复指示学生	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1p: 拼写检查或外部拼写检查设备	是	是	是	是	是						
1t: 书写工具	是	是	是	是	是	是	是				是
1u: 图形组织器	是										
1v: 音频材料	是										是

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

*详细信息请看评估的具体指南。

记录决定依据:

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

III. 特别考虑与便利措施

第 13 页

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

针对所有学生的辅助功能 (必须提前确定并记录在学生的学生登记册/个人需求简介 [SR/ PNP]) 上-教学时必须用辅助功能, 以便让学生有足够的的时间和公平性来熟悉工具/设备。	教	MCAP	HSA 政府	HSA MISA	MISA (5、8年级)	Alt-MISA (DLM)	ELA 和数学动态线性模型	针对 ELLs 的 ACCESS	针对 ELLs 的幼儿园 ACCESS	针对 ELLs 的 Alt-ACCESS	NAEP
1a: 遮蔽回答	是	是	是	是	是	是	是				是
1d: 颜色对比 (背景/字体颜色)	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	
1q: 学生自行大声朗读内容	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
1r: 针对数学、科学和政府评估的文本-语音转换 (学生的数学 SR / PNP 可以指定仅文本或文本和图形纳入顺序。仅文字纳入顺序提供所选部分。)	是	是*	是*	是*	是*	是	是				是
1s: 针对数学、科学和政府评估所选定部分的阅读应用程序或签名应用程序(所有文本或选定部分)	是	是*	是*	是*	是*	是	是				是
2a: 小组	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2b: 时间	是	是	是	是	是	是		是	是	是	是
2c: 单独或替代地点	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2d: 指定区域或设置	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2e: 适应性或专用储物设备	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2f: 常休息	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2g: 减少自己注意力的分散	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2h: 减少对其他学生注意力的分散	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2i: 在学校内更换地点	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2j: 更换地点到校外	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
2k: 独特的辅助功能	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

*详细信息请看评估的具体指南。

记录决定依据:

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021 年 7 月 15 日使用)

III. 特别考虑与便利措施

第 14 页

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

为残疾学生所提供的介绍便利措施 (适用于在测试之前, 在受批准的 IEP 或 504 计划中有享有便利措施记载的残疾学生; 以及在教学和当地执行的评估期间, 在测试之前和之后, 经常 (除了极少数例外) 使用便利措施的残疾学生。)	教	MCAP	HSA 政府	HSA MISA	MISA (5、8 年级)	Alt-MISA (DLM)	ELA 和数学动态线性模型	针对 ELLs 的 ACCESS	针对 ELLs 的幼儿园 ACCESS	针对 ELLs 的 Alt-ACCESS	NAEP
3a: 辅助技术 (非屏幕阅读器)	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
3b: 屏幕阅读器版本 (供失明或视力受损的学生使用)。	是	是	是	是	是						
3c: 针对 ELA/识字用的可刷新并带有屏幕阅读器版本的盲文显示屏	是	是	是	是	是						
3d: 硬拷贝盲文版	是	是	是	是	是	是*		是			是
3e: 触觉图形	是	是	是	是	是		是				是
3f: 打字印刷	是	是	是	是	是		是	是	是*	是*	是
3g: 纸件版本	是	是	是	是	是		是*	是	是	是	是
3h: 多媒体段落的隐藏式字幕	是	是	是	是	是						是
3i: 针对 ELA/识字评估的本文-语音转换, 包括项目、回答选项 和段落。	是	是					是				
3j: ASL 视频的 ELA/识字评估 ¹ :	是	是									
3k: 针对 ELA 的阅读应用程序/签名应用程序 ¹	是	是					是*				
3l: 数学、科学和政治考试的 ASL 视频	是	是	是	是	是						
3m: 针对测试说明的签名应用程序	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
3n: 阅读应用程序, 包括项目音频和重复项目音频的手动控制 (仅可使用)	是							是			
3o: 注释和概述	是										
3p: 合作伙伴协助扫描	是	是	是	是	是	是	是				
3q: 独特的介绍便利措施	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

*详细信息请看评估的具体指南。

3i¹; 3j¹; 3K¹: 附录 D 必须完成。

记录决定依据:

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

III. 特别考虑与便利措施

第 15 页

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

为残疾学生所提供的回答便利措施 (适用于在测试之前, 在受批准的 IEP 或 504 计划中有享有便利措施记载的残疾学生; 以及在教学和当地执行的评估期间, 在测试之前和之后, 经常 (除了极少数例外) 使用便利措施的残疾学生。)	教	MCAP	HSA 政府	HSA MISA	MISA (5、8年级)	Alt-MISA (DLM)	ELA 和数学动态线性模型	针对 ELLs 的 ACCESS	针对 ELLs 的幼儿园 ACCESS	针对 ELLs 的 Alt-ACCESS	NAEP
4a: 辅助技术	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
4b: 盲文笔记器	是	是	是	是	是			是			是*
4c: 盲文书写器	是	是	是	是	是	是*	是*	是			是*
4d: 计算设备和数学工具 (在数学评估的计算部分)	是	是		是			是*				是
4e: 计算设备和数学工具 (在数学评估的非计算部分)	是	是			是	是					
4f: ELA/识字所选的回答语音-文本转换	是	是									
4g: ELA/识字选答的抄写应用程序	是	是					是				
4h: ELA/识字选答的签名应用程序	是	是					是				
4i: ELA/识字选答的辅助技术装置	是	是					是				
4j: 数学、科学和政治考试答案语音转文字	是	是	是	是	是	是	是				是
4k: 数学、科学、政治考试答案人工抄写	是	是	是	是	是	是	是				是
4l: 数学、科学、政治考试答案手势语译员	是	是	是	是	是	是	是				是
4m: 数学、科学、政治考试答案辅助性技术设备	是	是	是	是	是	是	是				是
4n: ELA/L 建设考试答案语音转文字	是	是					是				是
4o: ELA/L、考试答案人工抄写	是	是					是				是
4p: ELA/L、考试答案手势语译员	是	是					是				是
4q: ELA/L、建设考试答案外部辅助性技术设备	是	是					是				是
4r: 监测测试回答	是	是	是	是	是	是	是	是*	是*	是*	是
4s: 词预测外部设备	是	是	是	是	是						
4t: 测试书中录有答案	是	是	是								
4u: 录音设备	是										
4v: 针对 ELLs Scribe 的 ACCESS	是							是	是	是	是
4w: 独特的回答便利措施	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

*详细信息请看评估的具体指南。

记录决定依据:

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

教学和评估安排

为残疾学生所提供的计时便利措施（适用于在测试之前，在受批准的 IEP 或 504 计划中有享有便利措施记载的残疾学生；以及在教学和当地执行的评估期间，在测试之前和之后，经常（除了极少数例外）使用便利措施的残疾学生。）

	学教	MCPA	HSA 政府	HSA MISA	MISA (年级5, 8)	Alt-MISA (DLM)	ELA 和数学动态线性模型	针对 ELLs 的 ACCESS	针对 ELLs 的幼儿园 ACCESS	针对 ELLs 的 Alt-ACCESS	NAEP
5a: 延长时间 <input type="radio"/> 1.5 倍 <input type="radio"/> 2倍 <input type="radio"/> 其他 _____	是	是	是	是	是			是*			是
5b: 独特的时限和日程安排调整	是	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

这反映了我们当前测试计划中允许的功能和调整。请查看《监考员手册》以获取最新信息。

*详细信息请看评估的具体指南。

记录决定依据:

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下，是否可以书面实施补辅助、服务、计划修改和支持 是否 如果否，说明现有补充辅助、服务、方案修改和支持所需的变更：辅助性援助、服务、计划修订项目和支持都已考虑在内，但目前都不需要。

是 否 如果否，请描述对现有教学和住宿评估所需的变更: _____

教学与测试便利措施已考虑在内，但目前不需要教学与测试便利措施。

记录决定依据: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

教学支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它
<input type="radio"/> 允许在教学和分配作业时使 用突出标记工具 <input type="radio"/> 允许使用教具 <input type="radio"/> 允许使用组织援助 <input type="radio"/> 检查理解能力 <input type="radio"/> 频繁和/或实时反馈 <input type="radio"/> 让学生复述和/或改述信息 <input type="radio"/> 限制从黑板抄写的信息量 <input type="radio"/> 监督独立工作 <input type="radio"/> 解释问题和指示 <input type="radio"/> 朋辈伴读/结伴活动安排 <input type="radio"/> 图片活动安排 <input type="radio"/> 提供其他方式让学生展示学 习能力 <input type="radio"/> 提供组织协助 <input type="radio"/> 提供家庭课本/材料套装 <input type="radio"/> 提供校对清单 <input type="radio"/> 为学生提供学生/教师笔记 的副本 <input type="radio"/> 重复指示 <input type="radio"/> 在需要加强词汇和/或练习 写作时使用词库 <input type="radio"/> 其它: _____	预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月.日.年	月.日.年 持续时间 _____周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师.. <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其他机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其他服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士 <input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 教学助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 职业/语言助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理

请注明地点和方式: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

计划修订项目

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它
<input type="radio"/> 变更/修改作业分配 <input type="radio"/> 将作业分解成多个小单元 <input type="radio"/> 文字分组 <input type="radio"/> 删除无关的分配和评估信息 (如可能) <input type="radio"/> 限制要求的阅读量 <input type="radio"/> 修改内容 <input type="radio"/> 修改评分系统 <input type="radio"/> 开卷考试 <input type="radio"/> 口试 <input type="radio"/> 减少答案选项的数量 <input type="radio"/> 减少考试时长 <input type="radio"/> 删除“例外”和“否定”类的问题 (如可能) <input type="radio"/> 修订测试形式 (如减少问题, 尤其是填空题) <input type="radio"/> 将长篇幅的问题分成小项描述 (如可能) <input type="radio"/> 简化作业和评估中的句子结构、词汇和图形 <input type="radio"/> 使用图片辅助阅读理解 (如可能) <input type="radio"/> 其它: _____	预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月.日.年	月.日.年 持续时间 _____周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师.. <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其他机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其他服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士 <input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 教学助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 职业/语言助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理

请注明地点和方式: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

社交 / 行为支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它
<input type="radio"/> 成人支持 <input type="radio"/> 提前做好活动安排变更的准备 <input type="radio"/> 愤怒管理训练 <input type="radio"/> 检查理解能力 <input type="radio"/> 危机干预 <input type="radio"/> 鼓励学生在需要时寻求帮助 <input type="radio"/> 鼓励 / 加强学生在学业和非学业场景中的适当行为 <input type="radio"/> 频繁的眼神接触 / 接近控制 <input type="radio"/> 频繁的规则提醒 <input type="radio"/> 家庭与学校沟通系统 <input type="radio"/> 实施行为契约 <input type="radio"/> 监控日程簿和 / 或进展报告的使用 <input type="radio"/> 经常改变活动内容或增加运动机会 <input type="radio"/> 通过教具和 / 或感观活动提升倾听和聚焦技能 <input type="radio"/> 设定固定的时间整理材料 <input type="radio"/> 通过口头 / 非口头交流加强正向行为 <input type="radio"/> 社交技能培训 <input type="radio"/> 引发和维持注意力的策略 <input type="radio"/> 使用正向 / 具体强化物 <input type="radio"/> 其它: _____	预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月.日.年	月.日.年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音 / 语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师.. <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其他机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其他服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士 <input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 教学助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 职业 / 语言助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理

请注明地点和方式: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

物理 / 环境支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它
<input type="radio"/> 进入电梯 <input type="radio"/> 适应性设备 <input type="radio"/> 适应性进食装置 <input type="radio"/> 调整感观输入 (如声、光) <input type="radio"/> 允许课间多运动一会 <input type="radio"/> 环境援助 (如教室声学设计、采暖、通风) <input type="radio"/> 偏爱的储物柜位置 <input type="radio"/> 偏爱的座位 <input type="radio"/> 减少纸笔任务 <input type="radio"/> 感觉式饮食 <input type="radio"/> 图片活动安排 <input type="radio"/> 其它: _____	预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月.日.年	月.日.年 持续时间 _____周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音 / 语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师.. <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其他机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其他服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士 <input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 教学助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 职业 / 语言助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理

请注明地点和方式: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持

校方 / 家长支持

服务性质	频率	开始日期	开始日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	
<input type="radio"/> AT 咨询 <input type="radio"/> 听觉病矫治专家咨询 <input type="radio"/> 课堂讲授咨询 <input type="radio"/> 协调危机预防和干预的支持服务 <input type="radio"/> 课外 / 非学业活动提供者支持 <input type="radio"/> 职业治疗师咨询 <input type="radio"/> 方向和活动性咨询 <input type="radio"/> 家长咨询和 / 或培训	<input type="radio"/> 体育课咨询 <input type="radio"/> 心理咨询师 <input type="radio"/> 心理学家咨询 <input type="radio"/> 学校健康咨询 <input type="radio"/> 社工咨询 <input type="radio"/> 语音 / 语言病理学家咨询 <input type="radio"/> 走动训练 <input type="radio"/> 其它: _____	预计频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 定期 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 其它 _____	月.日.年 持续时间 _____周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音 / 语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师.. <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其他机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其他服务提供者 _____ <input type="radio"/> 护士	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 教学助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 职业 / 语言助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理

确定培训/咨询支持的个别教育计划领域:

- 目标 (循证干预和战略) 确定培训/咨询支持的个别教育计划领域:
- 目标 (循证干预和战略)
- 住宿
- 补充辅助、服务、计划修改和支持
- 特殊教育/相关服务

明确主题、参与者、地点和方式: _____

支持决定的文档: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施补充辅助、服务、计划修改和支持 是否 如果否, 说明现有补充辅助、服务、方案修改和支持所需的变更:

辅助性援助、服务、计划修订项目和支持都已考虑在内, 但目前都不需要。○是○否 _____

促成决定的讨论: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

延长学年 (ESY)

IEP 团队应确定下列因素是否会严重阻碍学生从常规学年的教育计划中获益 (如果学生未接受 ESY 服务的话)。根据 IEP 计划, ESY 服务是个人化的特定特殊教育和相关服务之延长, 这些服务较公共教育机构常规学年时间更长, 父母无需为其支付费用。

推迟 ESY 的决定

如果考虑实施 ESY, 请回答“是”或“否”, 并写下决定:

1. 学生的 EP 划是否包含关于重要生活技能的年度目标? 是 否

促成决定的讨论: _____

1a. 学生的重要生活技能是否会因为学校正常假期而出现重大退步, 以及是否能在合理时间内恢复所丧失的技能? 是 否

促成决定的讨论: _____

1b. 对于与重要生活技能相关的 IEP 目标, 学生是否在某种程度上有所进步? 是 否

促成决定的讨论: _____

2. 是否有新技能或突破性机会的出现? 是 否

促成决定的讨论: _____

3. 是否有重要的干扰行为? 是 否

促成决定的讨论: _____

4. 残障的性质和严重性是否适合 ESY? 是 否

促成决定的讨论: _____

5. 是否存在其它需要 ESY 的特殊情况? 是 否

促成决定的讨论: _____

基于上述问题, 如果不向该学生提供 ESY, 他/她从常规学年的教育计划中获益的机会是否会明显丧失?

- 是, 学生适合接受 ESY 服务。
- 否, 学生不适合接受 ESY 服务。

记录决定依据: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021 年 7 月 15 日使用)

III. 特别考虑与便利措施

第 23 页

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

过渡 (为每年完成, 如果确定合适, 应从 14 岁或更小年龄开始。)

学生喜好与兴趣:

高等教育目标是以学生的兴趣、喜好及适龄过渡评估为基础的。

年度学生面试日期: (月.日.年)

有关学生兴趣、喜好及适龄过渡评估的讨论: _____

高等教育目标 (结果):

在此处记录高等教育目标。至少应注明一个培训和/或教育的目标。

就业 (必填): _____

培训: _____

教育: _____

独立生活 (如适当): _____

学习课程:

学生已注册参与旨在支持下述职业类型或高等教育目标的学习课程。

艺术、媒体与交流

教育、培训与儿童服务

工程、科学研究与制造技术

法律、政府事务、公共安全与管理

商业管理与财务

健康、生命科学与医学

环境、农业与自然资源系统

人文、消费者服务、款待与旅游

建筑工程与开发

信息技术

交通运输、配送与物流

学生可注册参与下列专业和技能发展活动:

工作样本与就业培训

辅助就业

日常生活活动

促成决定的讨论: _____

计划退出类型:

学生退出时获得: 马里兰高中毕业证

两个外语学分

两个高级技术学分

四个职业与技术计划学分

学生满 21 岁的学年结束时获得计划完成证书

学生满 21 岁的学年结束前获得计划完成证书 (家长和学生可选择)

计划退出日期:

学生参与为期 _____ 年的计划, 预计退出/毕业的时间为 _____ (年月日)

退出时, 学生将收到马里兰州表现概要 (MSOP), 包括学业成绩、能力表现、调整措施以及高等教育目标的进展情况。

学生和家是否已被告知, 一旦残障学生达到法定年龄, 《残障人士教育改善法案》(IDEA) 规定的权利将不再适用 (除了按照《马里兰州法典注释》教育条款 § 8-412.1 所规定的有限情况外)?

是 不适用

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

过渡活动

过渡服务 / 活动:

过渡服务是针对残障学生并且以成果为导向的一系列协调活动，旨在促进学生取得从学校到高等教育活动的进展。

学业: _____

责任方: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下，是否可以书面实施中学衔接活动？

是 否 如果否，请说明中学衔接所需要变更: _____

进展报告 1 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 2 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 3 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 4 日期_____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

过渡活动

过渡服务/活动:

过渡服务是针对残障学生并且以成果为导向的一系列协调活动, 旨在促进学生取得从学校到高等教育活动的进展。

就业培训: _____

责任方: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施中学衔接活动?

是 否 如果否, 请说明中学衔接所需要变更; _____

进展报告 1 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: _____) 参与的培训: <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____ 进展情况说明: _____
进展报告 2 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: _____) 参与的培训: <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____ 进展情况说明: _____
进展报告 3 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: _____) 参与的培训: <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____ 进展情况说明: _____
进展报告 4 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: _____) 参与的培训: <input type="radio"/> 职业探索 <input type="radio"/> 无薪工作经验 <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____ 进展情况说明: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

过渡活动

过渡服务 / 活动:

过渡服务是针对残障学生并且以成果为导向的一系列协调活动, 旨在促进学生取得从学校到高等教育活动的进展。

日常生活活动: _____

责任方: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施中学衔接活动?

是 否 如果否, 请说明中学衔接所需要变更; _____

进展报告 1 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 2 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 3 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 4 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: ____ / ____ / ____

过渡活动

过渡服务 / 活动:

过渡服务是针对残障学生并且以成果为导向的一系列协调活动, 旨在促进学生取得从学校到高等教育活动的进展。

独立生活: _____

责任方: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施中学衔接活动?

是 否 如果否, 请说明中学衔接所需要变更: _____

进展报告 1 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 2 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 3 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 4 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

过渡活动

过渡服务 / 活动:

过渡服务是针对残障学生并且以成果为导向的一系列协调活动, 旨在促进学生取得从学校到高等教育活动的进展。

交通: _____

责任方: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施中学衔接活动?

是 否 如果否, 请说明中学衔接所需要变更; _____

进展报告 1 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 2 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 3 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____
进展报告 4 日期 _____	进展: <input type="radio"/> 填写完毕 <input type="radio"/> 部分填写 <input type="radio"/> 尚未开始 <input type="radio"/> 未填写完毕 (原因: <input type="radio"/> 家庭选择 <input type="radio"/> 学生选择 <input type="radio"/> 学生日程 <input type="radio"/> 其他: _____) 进展情况说明: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

目标

目标:

每年向学生和家长提供一份马里兰州残疾人过渡计划指南 ••

成人服务机构	预期的过渡服务:	签名同意接收通信:	LSS将学生推荐到:	签名同意由 LSS 转介 / 将学生转介至:	受邀参加IEP团队会议的机构代表:
康复服务部(DORS) <input type="checkbox"/> 接受就业前转衔服务	<input type="radio"/> 是 再就业 (VR) <input type="radio"/> 编号	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 同意日期 _____ 转介日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
发展残疾管理局(DDA)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 编号	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	机构没有推荐流程	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
行为健康管理局(BHA)	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 编号	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	机构没有推荐流程	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
马里兰劳动部 (MDL) 劳动力和成人学习部门	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 编号	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	机构没有推荐流程	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 (从下面的选项中选择原因)	<input type="radio"/> 是 日期 _____ <input type="radio"/> 编号 <input type="radio"/> 不适用: (从下面的选项中选择原因)
决策原因	是: 学生符合马里兰州残疾人过渡计划指南中公布的机构初始资格标准 编号: 学生不符合马里兰州残疾人过渡计划指南中发布的机构初始资格标准 (选择不为该机构所有剩余栏中的该学生提供服务的原因)	是: 同意与代理机构进行通信, 签名日期: _____ (日期) 编号: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 学生不符合推荐给DORS的正确年龄/年级(仅限DORS) 3. 学生目前对机构服务不感兴趣 4. 家长/学生未返回沟通/推荐同意书, 因此未进行推荐 5. 家长/学生未同意沟通/推荐同意书 6. 家长/学生已选择自行推荐到DORS (仅限DORS) 7. 其他: _____ (记录原因)	是: 同意接受转介, 签名日期: _____ (日期), 同意将学生转介至 DORS, 日期: _____ (日期) 编号: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 学生不符合推荐给DORS的正确年龄/年级 3. 学生目前对DORS服务不感兴趣 4. 家长/学生未返回沟通/推荐同意表格, 因此未进行推荐 5. 家长/学生未同意沟通/推荐同意表格 6. 家长/学生已选择自行推荐 7. 其他: _____ (记录原因)	是: 邀请机构代表参加IEP团队会议的签署同意书, 签署于 _____ (日期) 编号: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 학생은 기관 대표로 초대하기에 올바른 연령/학년이 아닙니다(DORS, BHA, MDL만) 3. 家长/学生未返回同意书 4. 家长/学生没有同意机构代表被邀请参加会议 5. 其他: _____ (记录原因)	是: 受邀参加IEP团队会议并在会议通知中列出的代表, 日期为 _____ (日期) 编号: LSS没有邀请机构代表 不适用: (原因) 1. 预计不会为该学生提供服务 2. 학생은 기관 대표로 초대하기에 올바른 연령/학년이 아닙니다(DORS, BHA, MDL만) 3. 家长/学生未返回同意书 4. 家长/学生不希望DORS代表被邀请参加会议(仅限DORS) 5. 家长/学生没有同意机构代表被邀请参加会议 6. 其他: _____ (记录原因)

. 附加讨论: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

IV. 目标

第 30 页

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

目标

目标: (包括条件、行为、时间范围、计量方法和标准): _____

按: 时间范围: · · (月 · 日 · 年)

评估方法: 计量方法 (选择全部适用的): 非正式程序 (使用的工具/方法) 课堂评估 (使用的工具/方法) 观察记录 (使用的工具/方法) 标准评估 组合评估 其它 _____

其标准 (掌握和记住): _____ 准确率 下降率 _____ 次尝试中 _____ 次 提高率 其它 _____

紧急条件个别教育计划: 在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 能否按照书面规定实施这一目标?

是 否 如果否, 请说明此目标所需的更改: _____

目标 1: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____

目标 3: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____

目标 2: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____

目标 4: (包括条件、行为、时间范围、计量方法, 以及标准): _____

目标
进展
情况

进展报告 1 日期: _____
进展评级: 已实现目标 在实现目标上已取得显著进展 新引入的技能; 当前无法衡量进展 尚未引入
 在实现目标上尚未取得显著进展
(IEP 团队需要会面以解决进展不足问题)
说明: _____

进展报告 2 日期: _____
进展评级: 已实现目标 在实现目标上已取得显著进展 新引入的技能; 当前无法衡量进展 尚未引入
 在实现目标上尚未取得显著进展
(IEP 团队需要会面以解决进展不足问题)
说明: _____

进展报告 3 日期: _____
进展评级: 已实现目标 在实现目标上已取得显著进展 新引入的技能; 当前无法衡量进展 尚未引入
 在实现目标上尚未取得显著进展
(IEP 团队需要会面以解决进展不足问题)
说明: _____

进展报告 4 日期: _____
进展评级: 已实现目标 在实现目标上已取得显著进展 新引入的技能; 当前无法衡量进展 尚未引入
 在实现目标上尚未取得显著进展
(IEP 团队需要会面以解决进展不足问题)
说明: _____

如何通知家长学生在实现 IEP 目标上的进展? _____

多久通知一次? 每周 每两周 每月 间歇性 每季 学期结束时 其他 _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

服务									
○ 特殊教育服务									
服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ☉ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="radio"/> 课堂讲授 (可选择课堂讲授的节数) <input type="radio"/> 体育课 <input type="radio"/> 语音/语言治疗 <input type="radio"/> 走动训练	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟
ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期	ESY 结束日期	ESY 提供者 ☉ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="radio"/> 课堂讲授 (可选择课堂讲授的节数) <input type="radio"/> 体育课 <input type="radio"/> 语音/语言治疗 <input type="radio"/> 走动训练	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟

服务提供讨论: _____

紧急条件个别教育计划:

在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施这项服务/ESY服务?

是 否 如果否, 请说明此服务/ESY服务所需的更改: _____

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

服务									
○ 相关服务									
服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="checkbox"/> 听觉矫正服务 <input type="checkbox"/> 心理治疗服务 <input type="checkbox"/> 职业治疗 <input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 休养 <input type="checkbox"/> 早期发现与评估 <input type="checkbox"/> 咨询服务 <input type="checkbox"/> 学校健康服务 <input type="checkbox"/> 社工服务 <input type="checkbox"/> 家长咨询与培训 <input type="checkbox"/> 康复咨询 <input type="checkbox"/> 方向和活动性培训服务 <input type="checkbox"/> 医疗服务 (诊断与评估) <input type="checkbox"/> 其它疗法 _____ <input type="checkbox"/> 翻译服务 <input type="checkbox"/> 语音 / 语言治疗 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 看护服务 <input type="checkbox"/> 常规教育	节数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="checkbox"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 持续时间 _____ 周	月.日.年	月日年 持续时间 _____ 周	<input type="checkbox"/> 方向和活动性专家 <input type="checkbox"/> 语音 / 语言病理学家 <input type="checkbox"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="checkbox"/> 视力障碍教师 <input type="checkbox"/> 职业治疗师 <input type="checkbox"/> 学生工作人员 <input type="checkbox"/> 体育老师 <input type="checkbox"/> 康复服务人员 <input type="checkbox"/> 通识教育老师 <input type="checkbox"/> 职业与技术老师 <input type="checkbox"/> 社会服务部 (DSS) <input type="checkbox"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="checkbox"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="checkbox"/> 康复服务处 (DORS) <input type="checkbox"/> 其它机构 _____ <input type="checkbox"/> 特殊教育课堂教师 <input type="checkbox"/> 其它服务提供者 _____ <input type="checkbox"/> 护士	<input type="checkbox"/> 听觉病矫治专家 <input type="checkbox"/> 心理学家 <input type="checkbox"/> IEP 团队 <input type="checkbox"/> 翻译 <input type="checkbox"/> 授课助理 <input type="checkbox"/> 理疗师 <input type="checkbox"/> 家庭教师 <input type="checkbox"/> 学校辅导员 <input type="checkbox"/> 学校社工 <input type="checkbox"/> 休养治疗师 <input type="checkbox"/> 职业治疗助理 <input type="checkbox"/> 物理治疗助理 <input type="checkbox"/> 语音 / 语言助理 <input type="checkbox"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟
○ 交通									
ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期	ESY 结束日期	ESY 提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="checkbox"/> 听觉矫正服务 <input type="checkbox"/> 心理治疗服务 <input type="checkbox"/> 职业治疗 <input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 休养 <input type="checkbox"/> 早期发现与评估 <input type="checkbox"/> 咨询服务 <input type="checkbox"/> 学校健康服务 <input type="checkbox"/> 社工服务 <input type="checkbox"/> 家长咨询与培训 <input type="checkbox"/> 康复咨询 <input type="checkbox"/> 方向和活动性培训服务 <input type="checkbox"/> 医疗服务 (诊断与评估) <input type="checkbox"/> 其它疗法 _____ <input type="checkbox"/> 翻译服务 <input type="checkbox"/> 语音 / 语言治疗 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> 看护服务 <input type="checkbox"/> 常规教育	节数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="checkbox"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 持续时间 _____ 周	月.日.年	月.日.年 持续时间 _____ 周	<input type="checkbox"/> 方向和活动性专家 <input type="checkbox"/> 语音 / 语言病理学家 <input type="checkbox"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="checkbox"/> 视力障碍教师 <input type="checkbox"/> 职业治疗师 <input type="checkbox"/> 学生工作人员 <input type="checkbox"/> 体育老师 <input type="checkbox"/> 康复服务人员 <input type="checkbox"/> 通识教育老师 <input type="checkbox"/> 职业与技术老师 <input type="checkbox"/> 社会服务部 (DSS) <input type="checkbox"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="checkbox"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="checkbox"/> 康复服务处 (DORS) <input type="checkbox"/> 其它机构 _____ <input type="checkbox"/> 特殊教育课堂教师 <input type="checkbox"/> 其它服务提供者 _____ <input type="checkbox"/> 护士	<input type="checkbox"/> 听觉病矫治专家 <input type="checkbox"/> 心理学家 <input type="checkbox"/> IEP 团队 <input type="checkbox"/> 翻译 <input type="checkbox"/> 授课助理 <input type="checkbox"/> 理疗师 <input type="checkbox"/> 家庭教师 <input type="checkbox"/> 学校辅导员 <input type="checkbox"/> 学校社工 <input type="checkbox"/> 休养治疗师 <input type="checkbox"/> 职业治疗助理 <input type="checkbox"/> 物理治疗助理 <input type="checkbox"/> 语音 / 语言助理 <input type="checkbox"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟
○ 交通									
服务提供讨论: _____									
紧急条件个别教育计划: 在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施这项服务/ESY服务? 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 如果否, 请说明此服务/ESY服务所需的更改: _____									

个人化教育计划 (IEP)

马里兰州教育部 (MSDE) 特殊教育办公室 / 早期干预服务 (表格由 MSDE 批准自 2021年7月15日使用)

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

服务									
○ 职业与技术教育服务									
服务性质	地点	服务说明			开始日期	结束日期	提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="radio"/> 带支持服务的职业与技术教育计划 <input type="radio"/> 职业评估 <input type="radio"/> 带职前目标的特殊教育计划	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟
ESY 服务性质	ESY 地点	ESY 服务说明			ESY 开始日期	ESY 结束日期	ESY 提供者 ○ = 主要, ○ = 其它	服务概要	
<input type="radio"/> 带支持服务的职业与技术教育计划 <input type="radio"/> 职业评估 <input type="radio"/> 带职前目标的特殊教育计划	<input type="radio"/> 常规教育 <input type="radio"/> 常规教育外	节数 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 其它 _____	时间长度 _____ 小时 _____ 分钟	频率 <input type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 <input type="radio"/> 仅一次 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年	月·日·年	月·日·年 持续时间 _____ 周	<input type="radio"/> 方向和活动性专家 <input type="radio"/> 语音/语言病理学家 <input type="radio"/> 耳聋及重听学生的老师 <input type="radio"/> 视力障碍教师 <input type="radio"/> 职业治疗师 <input type="radio"/> 学生工作人员 <input type="radio"/> 体育老师 <input type="radio"/> 康复服务人员 <input type="radio"/> 通识教育老师 <input type="radio"/> 职业与技术老师 <input type="radio"/> 社会服务部 (DSS) <input type="radio"/> 行为健康管理局 (BHA) <input type="radio"/> 发展障碍管理 (DDA) <input type="radio"/> 康复服务处 (DORS) <input type="radio"/> 其它机构 _____ <input type="radio"/> 特殊教育课堂教师 <input type="radio"/> 其它服务提供者 _____	<input type="radio"/> 听觉病矫治专家 <input type="radio"/> 心理学家 <input type="radio"/> IEP 团队 <input type="radio"/> 翻译 <input type="radio"/> 授课助理 <input type="radio"/> 理疗师 <input type="radio"/> 家庭教师 <input type="radio"/> 学校辅导员 <input type="radio"/> 学校社工 <input type="radio"/> 休养治疗师 <input type="radio"/> 职业治疗助理 <input type="radio"/> 物理治疗助理 <input type="radio"/> 语音/语言助理 <input type="radio"/> 治疗行为助理	总服务时间: <input type="radio"/> 每周 <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每年 _____ 小时 _____ 分钟
服务提供讨论: _____									
紧急条件个别教育计划: 在导致学校实际关闭10天或更长时间的紧急情况下, 是否可以书面实施这项服务/ESY服务? 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 如果否, 请说明此服务/ESY服务所需的更改: _____									

姓名: _____

机构: _____

IEP 团队会议日期: / /

最低限制环境 (LRE) 决定与服务提供摘要

不能仅仅因为需要修改常规课程, 就不让残障学生在适龄学习环境中接受常规教育。

IEP 团队考虑了哪些服务提供方式? _____

如果不接受常规教育环境, 请解释一下为什么不能借助补充帮助和服务在常规教育环境中提供此类服务: _____

记录决定依据: _____

○ 特殊教育安置 (学龄前儿童, 3-5 岁):

- 参加常规早教计划, 每周至少 10 小时, 并接受该环境下的大部分特殊教育和相关服务
- 参加常规早教计划, 每周至少 10 小时, 并接受其他地方的大部分特殊教育和相关服务
- 参加常规早教计划, 每周低于 10 小时, 并接受该环境下的大部分特殊教育和相关服务
- 参加常规早教计划, 每周低于 10 小时, 并接受其他地方的大部分特殊教育和相关服务
- 服务提供者地点
 - 单独的班级
 - 单独的私立日校
 - 私立居住设施
- 家庭
 - 单独的公立日校
 - 公立居住设施

○ 特殊教育安置 (学龄儿童, K-21):

{在校
 {总时间: _____ 小时 _____ 分钟/周} - {常规教育外
 {总时间: _____ 小时 _____ 分钟/周} = {常规教育
 {总时间: _____ 小时 _____ 分钟/周}

- 平均 _____ %/天
- 常规教育 (至少 80%)
 - 单独的公立日校
 - 私立居住设施
 - 由家长安排就读私立学校
 - 常规教育 (40% 至 79%)
 - 单独的私立日校
 - 家庭/医院
 - 常规教育 (低于 40%)
 - 公立居住设施
 - 教改所

在选择 LRE 时, 是否存在对学生或所需服务质量的潜在有害影响? 是 否

记录决定依据: _____

学生的在家教育中是否提供这些服务 (如过学生无残障希望接受此类教育)? 是 否 如果没有, 请记录决定依据: _____

如果没有, 服务提供点是否离学生家尽可能近? 是 否 如果没有, 请记录决定依据: _____

对交通需求的考虑: 相关的交通运输需求服务是以学生独特的需求为基础的? 或是以允许学生得以特殊教育服务为基础的? 是 否 如果是, 请考虑: _____

在辅助学生的交通运输中是否需要特殊器械? 是 否 如果是, 请解释: _____

在学生的交通运输中需要人员伴随吗? 是 否 如果是, 请列下人员类型: _____

在学生的交通运输中需要其它的辅助支持吗? 是 否 如果是, 请解释: _____

关于考虑年纪和残障, 旅行中所需的时间和距离, 以及学生独特的需求用来决定相关交通运输服务的讨论: _____

如果存在学生不能与其无残障同学一样参与学业、非学业及课外活动的情况, 请就此解释一下原因? _____

SSIS 居住县市 _____

SSIS 住所所属校区 _____

SSIS 就读县市 _____

SSIS 就读学校 _____

儿童计数的资格分类

- (1) 在公立学校就读或由公共机构安置在非公立学校以接受 FAPE 的合格残障学生。
- (2) 被父母安置在私立学校以接受通过公立机构服务计划提供的特殊教育和/或相关服务的合格残障学生。
- (3) 被父母安置在私立学校但未接受公立机构服务的合格残障学生。
- (4) 在公立学校就读但由于家长拒绝而未接受初始服务的合格残障学生。
- (6) 3 岁以下的合格残障学生。父母同意继续通过 IFSP 接受早期干预服务。

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

授权

开始使用服务同意书 (仅限初始 IEP)

我收到了一份书面评估报告, 通知我有关开始使用服务的理由。

特殊教育及相关服务将按 IEP 计划所述情况提供。我了解 IEP 计划将会定期 (至少每年一次) 进行审核。

我了解除非《家庭教育权利及隐私法案》(FERPA) 的相关条例要求, 否则, 未经我签字和书面同意不得公开教育记录。该法案允许向公立学校或教育机构公开教育记录。

我了解同意接受服务是自愿行为, 并可随时撤销同意。如果我撤销同意, 则此撤销具有不可回溯性。如果在子女开始接受特殊教育以及相关服务后, 我以书面形式撤销对我子女接受特殊教育的同意, 公共机构将无需修订我子女的教育记录以删除对其接受特殊教育及相关服务的记录的引用, 因为我已撤销同意。

我了解公共机构将提交用于特殊服务信息系统的信息。此系统将由 MSDE 和其它政府机构使用 (如适当), 以实现计划资助和确保我的子女获得所需评估的权利。

我已经以我的母语或其它沟通方式获悉了 IEP 团队的决定。

我已获悉自己的权利, 具体如我所收到的家长权利 - 法律程序保护通知文档所述。

我同意让子女开始使用其 IEP 计划中所述的特殊教育和相关服务。

家长签名:

日期:

姓名:

机构:

IEP 团队会议日期: / /

医疗救助 (MA)

服务提供机构出于收款目的, 在向马里兰州健康部 (MDH) 披露儿童的个人识别信息之前, 必须获得家长的同意; 该州级机构将遵照《家庭教育权利及隐私法案》(FERPA) 和《残障人士教育法案》(IDEA) 之规定, 负责此医疗救助计划的执行工作。通过提供同意书, 您以书面形式理解并同意公共机构可以获取您孩子的医疗保险来支付为您孩子提供的服务。

为了向您的子女提供免费适当公共教育 (FAPE), 服务提供机构不得:

- 要求您登记或报名参加州级医疗救助计划, 子女才可获得 IDEA 规定的免费适当公共教育,
- 要求您承担自付费用, 如在提交服务申请过程中发生的可减免或共同支付的金额,
- 如果可能导致下列情况发生, 则不得使用您子女在医疗救助计划中享有的福利:
 - 减少可用的终身保障范围或任何其他保障福利;
 - 让您的家庭支付您子女超出在校时间而产生的额外服务费用, 这些费用原本可以由医疗救助计划支付;
 - 保费上升或导致福利或保险中止; 或
 - 根据医疗保健的总支出, 可能失去参加家庭和社区豁免计划的资格。

您有权随时撤销向州医疗救助计划披露个人识别信息的同意书。

即使您撤销对服务提供机构披露您子女个人识别信息的同意书, 该服务提供机构仍有责任确保您的子女免费获得所有所需的服务。

学生是否有资格享受 MA 服务? 是 否 MA 号 _____

我同意接受“残障儿童服务协调”, 并同意此 IEP 计划中指定的“服务协调人”被任命为“MA 服务协调人”。(COMAR 10.09.52)

我了解自己有权自行行为子女选择“MA 服务协调人”。这次, 我接受以下“服务协调人”。

“MA 服务协调人”姓名: _____

“MA 服务协调人”姓名: _____

我了解如果今后希望更换“MA 服务协调人”, 我可以致电学校进行更换。

我了解此服务的目的旨在协助获得所需的医疗、社会、教育和其它服务。

为获得各项医疗救助福利, 我同意服务提供机构向州医疗救助计划提供我子女的个人识别信息。

我授权服务提供机构从医疗补贴中扣除相应费用, 以用于服务协调、健康相关服务, 以及实现子女 IEP 目标的相关服务。

我了解即使拒绝服务提供机构使用 MA 基金, 它们也有责任确保我的子女能够免费获得所有所需服务。

我了解此服务不会限制或影响我的子女享受其它 MA 好处的资格。我还了解如果我的子女有资格获得 MA 一种以上类型的服务, 其不会只享受到一种相似类型的个案管理服务。

家长签名:

日期:
